

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

M22- 0040402

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1543 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 147570  
Nom & Prénom : OUSSOUS BRAHIM  
Date de naissance : 1950  
Adresse : Bd Abdelhak Senhaji, Amal 3, N°1 CASABLANCA  
Tél : 067483.6278 Total des frais engagés : 3250 dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL ASRI Halima  
Ophtalmologue  
59, Bd. Zerktouni Casablanca  
Résidence Les Fleurs

Date de consultation : 12 DEC. 2022  
Nom et prénom du malade : OUSSOUS BRAHIM Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Glaucome C. Simple  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 30 / 01 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) : 235

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12 DEC. 2022		C2	250 DM	Dr El Asbi Halima Ophtalmologue 59. Bd. Zerktouni Casablanca Résidence Les Fleurs

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

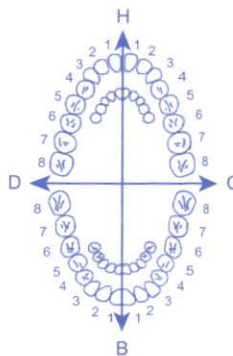
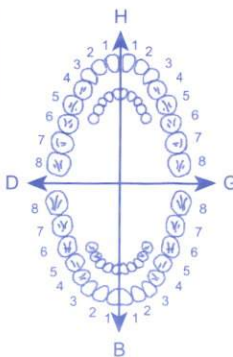
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	30/01/2023					3000.00 DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# نظارات الأمل

## OPTIQUE EL AMAL

9, Rue El Mahatta (Ex La Croix) Derb EL kabir

Tél. : 05. 22. 80. 44. 45

Casablanca

R.C. : 246896

Patente : 33605282

CNSS : 6903836

9, زنقة المحطة (لاكروى سابقا) درب الكبير

الهاتف : 05. 22. 80. 44. 45

الدار البيضاء

السجل التجاري : 246896

البيانات : 33605282

ص و ض إ : 6903836

### FACTURE

N°0005114

Casablanca, le : 30/01/2023

M OUSSEVS BRAHIM

Doit

Pour : vision de loin et de près

Docteur : EL ASRI HALIMA

Nomenclature N° :

V.L. OD cyl sph + 1.25 500,00

OG 65 cyl -0.75 sph + 0.75 500,00

V.P. OD cyl sph + 3.25 400,00

OG 65 cyl -0.75 sph + 3.00 400,00

Verres : organique ANTIRFLUX PAX

Verres : organique BLEU

Monture : PLASTIQUE 600,00

Monture : PLASTIQUE 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

trois mille deux



**Docteur EL ASRI Halima**

**OPHTALMOLOGUE**

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hopital de Mohammadia

**الدكتورة العسري حليمة**

**اختصاصية في امراض وجراحة العيون**

**ليزر - صور الشرايين**

**رئيسة مصلحة سابقا**

**بمستشفى المحمدية**

Casablanca; le : .....

07 NOV. 2022

OUSSOUS BRAHIN.

Prescrites pour Sigiou loim.

$$OD = +1,25$$

$$OG = (-0,75 \text{ à } 65^\circ) + 0,75$$

Prescrites pour Sigiou Paes

$$OD = +3,25$$

$$OG = (-0,75 \text{ à } 65^\circ) + 3$$

*[Signature]*

**Dr EL ASRI Halima**  
**Ophthalmologue**  
59, Bd. Zerketouni Casa  
Résidence Les Fleurs